

La médecine chinoise au Mali. Les économies d'un patrimoine culturel

Françoise Bourdarias, Jean-Pierre Dozon
& Frédéric Obringer

N°64 | février 2014

Les pratiques thérapeutiques de la médecine chinoise se sont depuis longtemps implantées en Afrique dans le sillage des missions de coopération et des migrants chinois. Plus récemment, le processus de patrimonialisation des savoirs « traditionnels » enclenché par l'Unesco a infléchi les transformations des champs thérapeutiques et orienté les stratégies culturelles de l'État chinois en Afrique. Si l'analyse des politiques étatiques chinoises permet de contextualiser les stratégies collectives et individuelles, encore faut-il évaluer le rôle spécifique des dynamiques sociales locales et la multiplicité des constructions pratiques et symboliques propres aux différents pays africains. Cette contribution de l'ANR EsCA confronte un historique de l'évolution des médecines traditionnelles chinoises en Chine (F. Obringer), une définition des dynamiques des médecines traditionnelles locales en Afrique sub-saharienne (J.-P. Dozon), et une présentation d'une première recherche au Mali (F. Bourdarias).

Working Papers Series

Fondation Maison des sciences de l'homme - 190 avenue de France - 75013 Paris - France
http://www.fmsh.fr - FMSH-WP-2014-64

La médecine chinoise au Mali. Les économies d'un patrimoine culturel

Françoise Bourdarias, Jean-Pierre Dozon
& Frédéric Obringer

Février 2014

Les auteurs

Françoise Bourdarias est enseignant-chercheur au département de sociologie et d'anthropologie de l'Université de Tours, UMR CNRS 6173 CITERES (Université de Tours). Elle travaille depuis 1995 sur des terrains urbains au Mali sur les formes d'inscription locales de dynamiques économiques et sociales internes et externes à la société malienne : évolution des rapports entre les générations et les genres, luttes foncières, transformation des pratiques politiques, développement de nouveaux mouvements religieux, transformations du salariat. Dans le cadre d'une délégation à l'IRD (2008-2011), elle a entrepris une recherche sur les migrations chinoises au Mali.

Jean-Pierre Dozon, anthropologue, est directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD), directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales ainsi que directeur scientifique à la Fondation Maison des sciences de l'homme et coordonnateur scientifique de l'ANR EsCA. Il a été le directeur du Centre d'études africaines (1994-2004) et responsable de l'UR «Systèmes de santé et représentations de la maladie» de l'IRD (1983-92) avec différents travaux sur le sida. Ses recherches portent également sur l'anthropologie religieuse et le prophétisme, et les relations coloniales entre la France et le continent africain.

Frédéric Obringer est directeur du Centre d'études sur la Chine moderne et contemporaine (UMR 8173 (Chine, Corée, Japon). Pharmacien et historien, il travaille sur l'histoire en Chine des substances naturelles utilisées en relation avec le corps (drogues médicamenteuses, poisons, substances aromatiques et parfums…), l'histoire de la médecine chinoise et des relations médicales entre la Chine et l'Europe sous les Ming et les Qing et l'histoire des conceptions relatives à la nature et à l'environnement en Chine, y compris la situation actuelle.

Le texte

Ce texte a été rédigé dans le cadre du projet de recherche ANR EsCA « Espaces d'interaction sino-africains » (ANR-11-BSH16001), en cours à la Fondation Maison des sciences de l'homme (2011-2015). Pour en savoir plus : http://www.fmsh.fr/fr/c/1299

Citer ce document

Françoise Bourdarias, Jean-Pierre Dozon & Frédéric Obringer, *La médecine chinoise au Mali. Les économies d'un patrimoine culturel*, FMSH-WP-2014-64, février 2014.

Informations et soumission des textes :

wpfmsh@msh-paris.fr

Fondation Maison des sciences de l'homme
190-196 avenue de France
75013 Paris - France

http://www.fmsh.fr
http://halshs.archives-ouvertes.fr/FMSH-WP
http://wpfmsh.hypotheses.org

Résumé

Les pratiques thérapeutiques de la médecine chinoise se sont depuis longtemps implantées en Afrique dans le sillage des missions de coopération et des migrants chinois. Plus récemment, le processus de patrimonialisation des savoirs « traditionnels » enclenché par l'UNESCO a infléchi les transformations des champs thérapeutiques et orienté les stratégies culturelles de l'État chinois en Afrique. Si l'analyse des politiques étatiques chinoises permet de contextualiser les stratégies collectives et individuelles, encore faut-il évaluer le rôle spécifique des dynamiques sociales locales et la multiplicité des constructions pratiques et symboliques propres aux différents pays africains. Cette contribution de l'ANR EsCA confronte un historique de l'évolution des médecines traditionnelles chinoises en Chine (F. Obringer), une définition des dynamiques des médecines traditionnelles locales en Afrique sub-saharienne (J.-P. Dozon), et une présentation d'une première recherche au Mali (F. Bourdarias).

Mots-clefs

médecine, médecine chinoise, Afrique de l'Ouest, Chine, Mali, patrimoine culturel

Chinese medicine in Mali. The politics of a cultural heritage

Abstract

The therapeutic practice of Chinese medicine was established in Africa in the wake of institutional cooperation missions and Chinese migration. More recently, the process of tracing the heritage of «traditional» knowledge initiated by UNESCO provoked transformations in the field of therapeutic medicine and oriented the cultural strategies of China in Africa. If the analysis of Chinese state policies allows for the contextualization of collective and individual strategies, the evaluation of the specific roles of local social dynamics and the multiplicity of constructions and symbolic practices specific to various African countries. This contribution of the ANR EsCA provides a history of the evolution of traditional Chinese medicine in China (F. Obringer), a review of the dynamics of local traditional medicines in sub-Saharan Africa (J.-P. Dozon), as well as a preliminary study on Chinese medicine in Mali (F. Bourdarias).

Keywords

medicine, chinese medicine, West Africa, China, Mali, cultural heritage

Sommaire

Avant-propos

Françoise Bourdarias

Les pistes de réflexion proposées dans cette contribution[1] sont issues de premières recherches menées dans le cadre de l'ANR EsCA (Espaces de la Culture Chinoise en Afrique, coordinateurs Jean-Pierre Dozon et Alexandra Galitzine-Loumpet). Les thématiques développées au sein de l'axe 2 de ce programme « Médecine Chinoise Traditionnelle en contextes africains », concernent les modalités de diffusion de la Médecine chinoise dans deux pays africains, le Mali et le Cameroun. Il ne s'agit pas là d'un phénomène nouveau. Les pratiques thérapeutiques de la médecine chinoise se sont depuis longtemps implantées en Afrique dans le sillage des commerçants et des migrants chinois, des missions de coopération envoyées par le gouvernement chinois (Hsu E., 1997, 2002). Le processus de patrimonialisation des savoirs et des pratiques culturelles « traditionnels » enclenché par l'UNESCO pourrait contribuer à infléchir les transformations des champs thérapeutiques en cours dans les différentes configurations sociales africaines.



Bamako 2013 (c) F. Bourdarias

L'acupuncture et la moxibustion, composantes de la « médecine chinoise traditionnelle », ont été inscrites en 2010 sur la liste représentative du patrimoine immatériel de l'humanité. Ce fait contribuera sans doute à orienter les stratégies culturelles de l'État chinois dans le monde - notamment en Afrique, dans un contexte marqué par le développement de tensions sociales liées à son influence économique et politique.

Cet événement intervient au moment où le gouvernement chinois avait, depuis 2000, reconsidéré l'argumentation de ses politiques de coopération avec les pays africains, en mettant l'accent sur les « rencontres culturelles », sur des formes de circulation des savoirs censées marquer une rupture avec la « domination culturelle » mise en œuvre par l'Occident. La diffusion des savoirs médicaux chinois pourrait constituer un outil de ce dispositif – entre autres parce qu'elle permet de signifier, de mettre en scène, des échanges égalitaires et des points de convergence entre deux systèmes de connaissances se définissant comme « traditionnels », longtemps dévalorisés par la médecine conventionnelle occidentale.

Il est donc intéressant d'observer, dans différents contextes locaux, les nouvelles formes de valorisation et de diffusion du patrimoine thérapeutique qui pourraient être élaborées par les autorités chinoises, ainsi que les constructions de l'identité culturelle chinoise auxquelles elles donneront lieu.

Cependant, si l'analyse des politiques étatiques chinoises et des discours qui les légitiment permet de tracer le cadre dans lequel peuvent s'élaborer des stratégies collectives et individuelles, cette seule perspective ne permet pas d'évaluer le rôle spécifique des dynamiques sociales locales, la multiplicité des constructions pratiques et symboliques qui contribuent à produire les processus repérables sur nos différents terrains africains. Par ailleurs, il nous a semblé indispensable de mettre en regard les transformations des champs thérapeutiques chinois et africains que des chercheurs ont observées sur la longue durée.

L'analyse des processus de patrimonialisation a donné lieu à de nombreux débats depuis la fin des années 80. On observe alors (Guillaume M., 1990 ; Tornatore J.-L., 2010) que viennent s'y articuler:

1. *des politiques étatiques s'accompagnant d'une intense production de discours*. Il s'agit alors d'élaborer une « mémoire collective » et une

1. Ces premiers travaux, entrepris en 2012-2013, ont donné lieu à une communication collective au séminaire *Espaces d'interaction sino-africains*, Paris, ANR EsCA, FMSH, 23 avril 2013 (http://esca.hypotheses.org/1094)

identité orientées par la sphère politique. Ces constructions sont à usage interne et externe, elles sont censées permettre de « faire nation » dans un contexte social conflictuel. Elles doivent également être diffusées à l'extérieur du territoire national, elles constituent alors un outil stratégique susceptible d'être utilisé dans les sphères économique et géopolitique ;

2. *la constitution de métiers, de corps d'experts* spécialistes de la construction patrimoniale (comment trier, hiérarchiser et articuler les « éléments du passé ») et de sa valorisation (comment assurer sa rentabilisation économique et symbolique) ;
3. *une multiplicité de tactiques individuelles et collectives disséminées* dans la configuration sociale concernée.

On perçoit bien qu'entre les niveaux 1 et 2 les dynamiques à saisir se complexifient. Pour ce qui est de notre objet, nous pouvons nous demander si les politiques de santé de l'État chinois se sont infléchies et dans ce cas, quelles en sont les conséquences dans l'organisation de la formation médicale (comment les experts modifient-ils éventuellement les programmes d'enseignement, la place qui y est attribuée aux deux médecines et leurs modes d'articulation, comment organisent-ils l'accueil d'étudiants et de praticiens étrangers, l'exportation des savoirs médicaux et leur mise sur le marché économique[2]). Par ailleurs le statut des médecines chinoises non institutionnalisées est-il en voie de transformation ? L'inscription de la médecine chinoise traditionnelle au Patrimoine Immatériel de l'Humanité a t-il apporté des éléments nouveaux aux débats concernant l'intégration de cette médecine dans le système de santé publique chinois?

La prise en compte du niveau 3 (les tactiques sociales) implique que l'on s'interroge sur l'évolution du champ médical en Chine. Sous quelles formes des praticiens utilisent-ils aujourd'hui le processus de patrimonialisation, quelles sont les oppositions qu'il suscite? On voit que ce dernier point est particulièrement important lorsque l'on s'intéresse à la migration de thérapeutes chinois vers l'Afrique, à la transformation de leurs modes d'installation et d'exercice[3].

Enfin, lorsque l'on envisage la diffusion de la médecine chinoise dans des configurations sociales africaines, il convient d'intégrer à l'analyse les politiques culturelles mises en place par les États, notamment la valorisation des traditions thérapeutiques locales, ainsi que les stratégies développées par les organisations professionnelles médicales, dont les relations avec les tradipraticiens sont particulièrement complexes[4] et varient fortement d'un pays à l'autre. Dans un contexte de valorisation des médecines traditionnelles africaines soutenues par l'OMS, de dysfonctionnement des systèmes de santé locaux, de tensions plus ou moins ouvertes entre médecins conventionnels et guérisseurs, ces derniers ont enclenché depuis trois décennies un processus de professionnalisation. Les « entrepreneurs en guérison » se multiplient, qui s'emploient à réinventer les savoirs traditionnels locaux tout en empruntant à d'autres registres - bio médecine, médecines douces d'origines diverses, médecine chinoise… (Monteillet N., 2012)[5] .

Les contributions qui suivent constituent une première exploration de ce réseau complexe d'interdépendances. Frédéric Obringer propose un historique des Médecines traditionnelles chinoises en Chine et de leurs transferts à l'extérieur. Jean Pierre Dozon définit les dynamiques particulières des médecines traditionnelles locales en Afrique sub-saharienne. Françoise Bourdarias présente les premiers résultats d'une recherche menée en 2011-2012 au Mali.

Quelques rappels sur la médecine chinoise en Chine

Frédéric Obringer

Il est utile, pour mieux comprendre la situation de la médecine chinoise en Afrique, de faire un bref rappel concernant l'évolution récente de la

2. La notion de « soft power » investie par les experts chinois intègre de plus en plus la dimension économique. L'accent est alors mis sur l'investissement du marché des biens culturels, la nécessité de dynamiser l'industrie culturelle en confiant au jeu du marché économique les éléments qui peuvent se développer dans ce cadre. Voir par exemple www.ccgov.net.cn/mldjc/2011/2011-44/xxxt01.htm, « The Golden Decade: Three Roadblocking Tigers to Overcome in Order to Make China a Strong Cultural Power ».

3. Les terrains effectués en Chine par les sinologues et des anthropologues impliqués dans ce programme permettront d'explorer cette thématique.

4. Elles sont formulées, selon les contextes, en termes de complémentarité ou d'opposition

5. N. Monteillet constate ainsi une « africanisation » de la médecine chinoise au Cameroun.

pratique médicale en Chine, et surtout la « médecine chinoise ». Cette dernière (*zhongyi*中医), telle qu'elle se rencontre aujourd'hui en Chine, est caractérisée à la fois par une grande diversité (en fonction du contexte social et géographique) et par un statut assez ambigu, dans la mesure où elle montre une indéniable capacité à se renouveler tout en étant très concurrencée par la biomédecine. C'est sous la dénomination de *xiyi* 西医, « médecine occidentale » que celle-ci est désignée, s'opposant ainsi à *zhongyi*. Le terme « traditionnel » (en chinois *chuantong* 传统) n'est que très peu employé en Chine, les expressions « TCM, Traditional Chinese Medicine », ou « MTC, Médecine traditionnelle chinoise » n'étant en usage qu'en dehors de Chine, ou dans des publications chinoises destinées à l'étranger.

La médecine chinoise est certes l'héritage d'une très longue histoire, largement documentée surtout sur les pratiques de l'élite ; mais elle est aussi le fruit de diverses décisions politiques et d'une reconstruction théorique et pratique. La question de validité et de la survie de la médecine chinoise s'est posée depuis les années 1920. Les partisans d'un système de santé publique moderne ont ainsi proposé en 1929, sans succès, un projet de loi qui visait à proscrire l'enseignement et l'exercice de la médecine chinoise, que des intellectuels « progressifs » assimilaient aux pratiques de divination et aux « superstitions » d'un autre âge. À partir de 1949, à la prise de pouvoir des communistes, une tension continue exista entre les adversaires de cette médecine, jugée alors irrationnelle, et les tenants de cette discipline qui représentait pour eux un héritage culturel national. À partir de 1954, Mao Zedong se montra plus clairement intéressé avec la création d'une section sur cette médecine au sein du Ministère des affaires sanitaires, puis celle d'une Société chinoise des produits pharmaceutiques (*Zhongguo yaocai gongsi* 中国药材公司) en mars 1955. Les quatre premières universités de médecine chinoise furent ouvertes en 1956 à Pékin, Chengdu, Shanghai et Canton. Les slogans fleurirent alors, appelant à « unir la médecine chinoise et la médecine occidentale » (*Zhongxiyi jiehe* 中西医结合), ou proclamant que « Médecine et pharmacie chinoises sont un immense trésor » (*Zhongguo yiyaoxue shi yi ge weida de baokun* 中国医药学是一个伟大的宝库).

Après la mort de Mao et les nouvelles orientations économiques, la médecine chinoise fut l'objet d'une attention et d'un soutien particuliers de la part du Ministère de la santé. On encouragea la professionnalisation des praticiens traditionnels et l'on chercha à définir (1982-1983) des structures d'enseignement (collèges de médecine chinoise) et de recherche (y compris des hôpitaux) où la médecine chinoise était clairement séparée de la biomédecine. On choisit pour l'enseignement de fondre dans une même vulgate un ensemble de doctrines et de thérapeutiques issues des périodes précédentes et venant parfois d'écoles différentes, mais toutes soigneusement débarrassées de ce qui pourrait trop être pris pour des « superstitions ».

D'un point de vue administratif, plusieurs décisions marquent un soutien affirmé des autorités officielles pour la médecine chinoise. Notons par exemple qu'elle fut inscrite dans l'article 21 de la Constitution de 1982 relatif au système de santé et qu'en 1988 fut fondé le Bureau national de la médecine et de la pharmacie chinoises (*Zhongyiyao guanli ju* 中医药管理局). Dans le 10e plan quinquennal national (2000-2005), l'État décide de renforcer la place de la médecine chinoise dans les établissements de santé. Cette volonté rencontre cependant sur le terrain une baisse à la fois qualitative et quantitative. Le 29 avril 2009, le *China Daily* rapportait que le nombre de médecins pratiquant la médecine occidentale s'élevait à environ 5,5 millions, alors que l'on ne comptait que 400 000 médecins de MTC, soit 20% de moins qu'il y a 50 ans.

Il existe des universités et des collèges qui n'enseignent que la biomédecine, tandis que d'autres sont dévolus à la médecine chinoise. Les études de médecine traditionnelle chinoise comportent en fait une majorité de cours consacrés à la biomédecine (anatomie, biochimie, etc.). Après le diplôme, le statut légal est identique pour les praticiens de médecine « occidentale » (même si, dans la réalité, l'enseignement de cette dernière est réservé aux meilleurs étudiants) ou « chinoise ». Pour les médicaments, les spécialités occidentales peuvent être prescrites par les deux catégories de médecins, tandis que les médicaments de la pharmacopée chinoise sont réservés aux médecins traditionnels. Des hôpitaux de médecine chinoise ont été fondés, et il faut remarquer que des études anthropologiques ont montré que les patients, quand ils ont le choix, ont aisément recours sans exclusive à l'une ou l'autre médecine (sans compter les visites dans les temples). Les hôpitaux de

médecine chinoise sont cependant une minorité (environ 4% du total des structures hospitalières) et la place de la biomédecine tend à devenir de plus en plus dominante.

La pratique de la médecine chinoise est aujourd'hui marquée par divers processus de standardisation, tant dans le domaine de l'enseignement (on élimine ce qui n'apparaît pas comme « scientifique ») que dans un domaine fondamental, celui de la thérapeutique. En médecine chinoise, les prescriptions (*fang* 方) doivent être adaptées à l'idiosyncrasie du malade. À partir d'une formulation de base, le médecin, en jouant sur les dosages mais aussi en enlevant ou en ajoutant une (le plus souvent) ou plusieurs drogues dans sa composition, s'efforce de suivre au mieux les caractéristiques individuelles de la situation pathologique qu'il soigne. Or cette subtilité dans l'art de la prescription devient très difficile à appliquer lorsque le médecin doit avoir recours non plus à des médicaments qui vont être préparés extemporanément par la pharmacie ou par le patient lui-même, mais à des produits qui viennent de l'industrie pharmaceutique et qui ne peuvent, dans ce cas, qu'être standardisés. Nous avons affaire alors à ce que l'on nomme des médicaments manufacturés (*zhongchengyao* 中成药) prêts à consommer, qui bénéficient depuis 1992 de mesures de protection favorisant l'industrialisation s'ils répondent à divers critères d'efficacité. L'une des spécificités revendiquées de la médecine chinoise, l'individualisation des traitements, est ainsi remise en cause par la transformation, probablement inéluctable, du marché des médicaments traditionnels.

Une autre question importante pour le devenir de la médecine chinoise concerne les modalités de la transmission des savoirs. L'enseignement de la médecine chinoise par l'université a montré ses limites, et l'on assiste à la tentative, depuis les années 1990, de revalorisation de l'enseignement maître-disciple (*Shitu chuancheng* 师徒传承), ce qui fait écho au système du transmetteur majeur (trésor humain vivant, voir *infra*) pour les éléments nationaux du patrimoine culturel immatériel. En 1990, 462 praticiens « célèbres et âgés » furent choisis, et 725 disciples, et c'est ainsi que 2 200 élèves furent formés entre 1990 et 2005. Toutefois, il faut souligner que nombre de ces élèves étaient déjà médecins auparavant (Obringer F., 2011 ; Scheid V., 2002 ; Taylor K., 2005).

C'est dans ce contexte que certains éléments de la pratique médicale chinoise ont été inscrits sur la liste nationale du patrimoine culturel immatériel, avant l'acceptation de l'acupuncture et la moxibustion sur la liste représentative de l'UNESCO. Ces démarches doivent être rapprochées de plusieurs aspects qui font que le statut actuel de la médecine chinoise en Chine est en réalité fragile comme on vient de le voir, car elle est menacée par des facteurs internes tels que la standardisation et la rupture de la transmission, et par des facteurs externes qui mettent en question sa légitimité

La dynamique des médecines traditionnelles en Afrique Subsaharienne

Jean-Pierre Dozon

Avant d'aborder ce qu'on est convenu d'appeler la dynamique des médecines traditionnelles en Afrique subsaharienne, il convient en préalable d'en présenter une sorte de modèle de référence qui, malgré son schématisme ou son caractère réducteur, a l'avantage d'en préciser les grandes caractéristiques.

Dans cette optique, il convient d'abord de préciser que la question des médecines traditionnelles africaines a été principalement traitée dans le champ de l'anthropologie médicale, même si par ailleurs une ethnobotanique s'est plus particulièrement penchée sur les plantes et les recettes médicinales avec tout ce que cela peut comporter comme enjeux pharmacologiques ou comme enjeux écologiques liés à la sauvegarde de la biodiversité.

Dans ce champ de l'anthropologie médicale, l'aire africaine a occupé une place singulière par le fait que, différemment des médecines chinoise, ayurvédique ou coranique, les activités thérapeutiques ou, plus largement liées à la santé individuelle ou collective, ne reposent pas sur des textes et des corpus, sauf là où l'islam est présent de longue date[6]. C'est dire aussi bien qu'elles n'ont pas donné lieu à une systématisation ou à une standardisation des étiologies, des remèdes et des protocoles de prévention ou de soins et, comme l'ont souligné, chacun à sa manière, Jack Goody et Robin Horton, à un travail sur les textes, permettant exégèse et réinterprétations susceptibles eux-mêmes

6. Il faut cependant mentionner l'écriture alphasyllabaire ge'ez utilisée de longue date dans la Corne de l'Afrique.

d'autonomiser, au moins partiellement, une sphère de connaissances et de pratiques (Horton R., 1967 ; Goody J., 1979). Cela ne signifie pas qu'elles ne s'appuient pas sur des savoirs et des savoir-faire, notamment en matière de diagnostic et de pharmacopée, ou qu'elles ne font pas l'objet de transmission. L'oralité a ses vertus et ses performances également, comme Levi-Strauss sur une autre aire culturelle et à propos du chamanisme a pu fortement le souligner (Levi-Strauss C., 1958)[7]. Cela signifie qu'en cette absence d'écrits, c'est-à-dire de traités et de nomenclatures constituant des références communes, les activités thérapeutiques et les ressorts cognitifs qu'elles mobilisent, notamment en ce qui concerne l'étiologie et la nomination des maladies, sont très peu distincts de ce sur quoi repose et se régule le reste de la vie sociale, c'est-à-dire les systèmes symboliques propres à tel ou tel univers socio-culturel (Augé M., 1984 ; Sindzingre N., 1984).

C'est pourquoi, en contexte traditionnel africain, les modèles explicatifs de la maladie ne sont souvent pas séparables de ceux qui touchent à la mort, au malheur et, plus généralement, encore à l'infortune, mobilisant tout un univers de prescriptions et de proscriptions, de croyances en des entités extrahumaines, ainsi que toute une série d'intervenants, tels que devins, clairvoyants, contre-sorciers, marabouts, et, bien sûr, guérisseurs, pouvant donner lieu en cas d'affection durable, à des itinéraires thérapeutiques particulièrement complexes.

Encore faut-il préciser que toutes affections n'appellent pas forcément des modèles explicatifs du type transgression d'interdits, persécution d'ancêtres ou de génies, ou encore du type attaque sorcellaire. Pour pas mal d'entre elles, les interprétations sont tout à fait prosaïques, ne référant à rien d'autres qu'à un désordre corporel ou à la fatalité et n'exigeant que des prises en charge simples, sans long parcours thérapeutique, à l'exemple de remèdes donnés par un petit guérisseur de village ou par quelque proche disposant d'une recette médicinale appropriée (Olivier de Sardan J.P., 1994). C'est pourquoi, balançant en quelque sorte entre sacré et profane, le monde des guérisseurs traditionnels africains obéit, en ce qui concerne l'accès à certains savoirs et à un certain statut, à trois grandes logiques. Dans la plupart des cas, cet accès résulte de la transmission de connaissances entre « parents » (père-fils, mère-fille, oncle-neveu, etc.) et participe donc des performances de l'éducation orale et des compétences acquises en matière de diagnostic et de pharmacopée. Dans beaucoup d'autres également, la transmission entre « parents » ne suffit pas ou n'a même pas besoin d'intervenir. La vocation de guérisseur procède alors d'un appel, ou d'une crise mystique au cours de laquelle des entités non-humaines, par exemple des génies, sont censées obliger tel individu à exercer la « profession » (même si celle-ci ne sera pas forcément exclusive d'autres activités) et lui révèlent quelques plantes ou recettes médicinales qui constitueront ensuite son très personnel viatique. Enfin, lorsqu'ils sont déjà en exercice, certains guérisseurs, décidés pour le coup à en faire leur activité unique, cherchent à améliorer leurs connaissances en suivant des sortes de « stages » chez des confrères réputés, devenant pendant un temps le disciple d'un maître (ce qui n'est pas une entreprise aisée, le maître ne transmettant pas aisément à qui le souhaite ses savoirs ou ses « secrets »).

De ces trois grandes logiques, il ressort un monde de guérisseurs fortement individualisés. Car, même si tous ressortissent à des univers culturels spécifiques, au point pour beaucoup d'avoir été contraints d'entrer dans la profession, chacun joue sa propre partition, associant souvent diverses compétences (clairvoyance et dispensation de soins par exemple) et combinant fréquemment pouvoirs et savoirs, c'est-à-dire leur faculté à soigner à celle d'être en relation avec des instances et des scènes extrahumaines. C'est dire aussi bien que ce monde est fortement concurrentiel, qu'il donne lieu à pas mal de méfiance et de défiance entre confrères, même s'il autorise des relations entre maître et disciple, et qu'il génère des réputations, durables ou plus éphémères, qui font que tel « grand » guérisseur peut attirer une clientèle venant de très loin et assez peu familière avec ses procédés de diagnostic ou avec ses techniques de guérison. Pour avoir fait, voici quelques années, une enquête auprès des guérisseurs réputés de Côte d'Ivoire, j'ai pu constater qu'ils pouvaient recevoir chez eux plusieurs centaines de patients (accompagnés au moins d'un proche) et que parmi ceux-ci beaucoup avaient fait un très long voyage (que l'on pourrait nommer « voyage thérapeutique »), certains du reste venant des pays frontaliers, et disaient ressentir à tous égards un profond dépaysement.

7. Cf le célèbre texte sur « l'efficacité symbolique » in *Anthropologie structurale.*

Tel est donc à grands traits le modèle de référence des médecines traditionnelles en Afrique subsaharienne.

Reste que, s'il est toujours à l'œuvre, notamment sous cette forme plurielle de forte concurrence entre guérisseurs réputés, il n'est qu'une composante d'une très large scène de recours thérapeutiques. Comme indiqué, il existe également, et de longue date, une médecine coranique qui se conjugue souvent avec le modèle « traditionnel » au travers de la figure de marabouts qui, de la même manière que les grands guérisseurs, jouent leur propre partition dans la vive compétition entre les uns et les autres. Mais il y a aussi et peut-être surtout une quantité imposante d'offres religieuses, issues en bonne partie de la sphère chrétienne, qui s'occupent de problèmes de santé au sens le plus large (c'est même sans doute à travers eux, comme aux premiers temps de la christianisation de l'Europe, qu'elle parviennent peu ou prou à fidéliser). Cela va de prophètes, fondateurs souvent de religions syncrétiques, qui, pour soigner, ont recours tout à la fois à la prière, à l'eau bénite et à des recettes de pharmacopée, à des pasteurs de plus en plus nombreux, travaillant à l'expansion des Églises évangélistes, qui se livrent à des exorcismes de masses, ceux-ci pouvant concerner des maladies particulières comme le sida dont les officiants disent qu'il est l'œuvre du diable.

Et puis, il faut également compter avec la bio médecine, avec ses professionnels libéraux (médecins et infirmiers), ses structures et ses politiques sanitaires. Mais on ne saurait véritablement dire que l'on peut dans beaucoup de pays africains compter sur elle, car à travers ses hôpitaux et ses dispensaires, elle dysfonctionne souvent (notamment par l'insuffisance des formations sanitaires et la rareté de leurs ressources) et est fréquemment « inhospitalière » (Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P., 2003), même si elle est assez largement fréquentée.

À quoi s'ajoutent la présence de plus en en plus marquée de représentants de la médecine et de la pharmacopée chinoise, en même temps que le recours de plus en plus important à l'automédication, celle-ci se pratiquant beaucoup moins auprès des pharmacies officielles qu'auprès de circuits plus ou moins licites (certains délivrant des médicaments contrefaits) où les gélules de tous acabits voisinent avec des produits chinois ou issus de la pharmacopée traditionnelle.

Cependant, ce tableau, pourtant déjà assez chargé, ne serait pas complet si l'on n'y plaçait pas la dynamique particulière des médecines traditionnelles ou, plus précisément, leur réinvention sous l'égide tout à la fois de reconnaissances étatiques et internationales et d'emprunts plus ou moins marqués à d'autres médecines (Dozon J.-P. et Sindzingre N., 1986).

En effet, depuis la déclaration d'Alma Ata de 1978 par l'OMS recommandant la mise en place de soins de santé primaire en même temps que la valorisation de la médecine traditionnelle dans les pays du Tiers Monde, suivant en cela la reconnaissance des médecines chinoise et ayurvédique comme « complémentaires » de la bio médecine, nombre d'États africains se sont ainsi lancés dans une politique de valorisation du patrimoine thérapeutique traditionnel. Leur donnant souvent un statut légal, cherchant à favoriser leur regroupement en associations (malgré le caractère très individualisé du milieu), cette politique visa surtout à dégager les compétences plus proprement d'herboristes des guérisseurs, requalifiés en la circonstance de « tradithérapeutes ». Ce qui suscita pas mal de malentendus ou d'incompréhensions à cause du caractère quelque peu secret de leurs savoirs et étant donné que nombre d'entre eux n'étaient pas qu'herboristes, pratiquant aussi des diagnostics qui pouvaient impliquer des rites sacrificiels ou engager leur propres capacités à se confronter aux causes des affections, notamment à leur dimension symbolique ou mystique (Dozon J.-P., 1987).

Toutefois, malgré les malentendus et les échecs, la valorisation de la médecine a créé de véritables opportunités pour nombre de « tradithérapeutes » ou, plutôt, pour nombre d'entrepreneurs néo-traditionnels de soins ; d'autant qu'à partir des années 1980, on a assisté à la dégradation de systèmes de santé nationaux qui n'étaient déjà pas très efficients, en même temps qu'à la survenue des épidémies de sida.

Profitant, par ailleurs, d'un contexte plus général où les médecines dites douces ou alternatives, parfois issues de nouveaux mouvements religieux, rencontraient un succès croissant de par le monde, un assez grand nombre d'individualités ont en effet entrepris de réinventer la médecine traditionnelle en la combinant avec d'autres références ou modèles médicaux. Disposant souvent de solides legs en matière de pharmacopée africaine, mais aussi parfois d'un important bagage

scolaire, ils se sont d'abord livrés à un travail scripturaire en dressant des nomenclatures de pathologies et, parfois, des traitements correspondants. Ensuite ils ont fréquemment emprunté à la pharmacologie et à l'univers de la bio médecine en proposant des médicaments « expérimentés » et conditionnés (certains déclarant précisément avoir inventé des médicaments efficaces contre le sida, suite à des « essais cliniques », alors même que la bio médecine se déclarait jusqu'à la fin des années 1990 impuissante à le traiter) et en créant des cadres pour accueillir la clientèle qui ressemblent à des cabinets, des dispensaires, voire à des cliniques modernes (avec notamment secrétariat et fiches de patients). Enfin, nombre d'entre eux ont élargi leur palette d'offres thérapeutiques en recourant à un langage, sinon à des techniques de phytothérapie, de réflexologie, massage et, bien sûr, aussi d'acupuncture.

À travers eux, on assiste ainsi à un vaste bricolage ou syncrétisme thérapeutique qui se marie assez bien avec d'autres phénomènes qui participent ou qui résultent de la globalisation en cours - on oserait presque proposer dans la perspective d'A. Appadurai (Appadurai A., 1996) la formule de « therapeuticscape » (Pordié L. et Simon E., 2013). Et cela d'autant mieux que certains de ces entrepreneurs néo-traditionnels de soins disposent de réseaux internationaux, peuvent avoir des représentants ou des succursales hors d'Afrique et ressortissent désormais, à l'instar des nouvelles religiosités (Bastian J-P., Champion F. et Rousselet K., 2002) à un marché de plus en plus mondialisé.

Les pratiques thérapeutiques « traditionnelles » chinoises au Mali. Patrimonialisations et transformations d'un champ thérapeutique

Françoise Bourdarias

Le développement des activités économiques et des migrations chinoises dans chacune des deux configurations sociales d'Afrique de l'Ouest concernées par le projet EsCA (Mali, Cameroun) a généré des formes d'interdépendances singulières entre migrants chinois et populations locales. L'histoire de chacun des États africains, leur position actuelle dans les champs économique et géopolitique mondiaux, les tensions sociales qui s'y développent, donnent une forme très particulière aux migrations chinoises, qui contribuent à la transformation de la société locale dans ses dimensions les plus essentielles - structure du marché du travail, rapports à l'activité salariée, forme des réseaux commerciaux, constructions du politique. Ces dynamiques constituent aujourd'hui les « cadres sociaux » de l'installation des migrants (Bourdarias F. 2009).

Les premiers terrains réalisés au Cameroun et au Mali montrent que l'arrivée de vagues successives de migrants chinois a contribué à la transformation des réseaux médicaux, à leur diversification et à leur mise en concurrence dans un contexte de pluralisme thérapeutique. Les économies du patrimoine thérapeutique chinois qui se développent dans chacun de ces deux pays devraient cependant présenter des traits particuliers.

Les observations recueillies au Mali (2011-2012) invitent à lier les modes de diffusion de la médecine chinoise à la genèse des relations économiques et politiques entre l'État malien et l'État chinois. Par ailleurs, les politiques de santé mises en œuvre par le gouvernement malien et les conflits auxquels elles donnent lieu contribuent fortement à orienter les stratégies des praticiens chinois expatriés, celles des médecins et des tradipraticiens maliens, au sein d'un champ thérapeutique de plus en plus concurrentiel. La réglementation et le contrôle des pratiques médicales et de la commercialisation des produits pharmaceutiques sont devenus des enjeux politiques et sociaux qui conduisent les différentes catégories de praticiens maliens à interpeler l'État au nom de leur définition particulière du « bien public » et de l'indépendance nationale.

Dans un tel contexte, la diversité des pratiques professionnelles locales de la médecine chinoise, les jugements formulés dans le champ médical sur sa fiabilité, sur sa diffusion au Mali, révèlent une reconfiguration des identités professionnelles. Quant aux praticiens chinois exerçant au Mali, les observations menées en milieu hospitalier et dans les cabinets privés chinois m'ont permis d'appréhender les tensions qui se développent entre les médecins « du secteur d'État » (travaillant dans le cadre des missions de coopération) et les « entrepreneurs privés »[8]. Là encore, la notion de « bien

8. « Secteur d'État », « secteur privé », les praticiens chinois dé-

public », la place que l'État chinois devrait occuper dans la régulation des pratiques thérapeutiques, les définitions de la « vraie médecine chinoise », sont l'objet de controverses et cristallisent les oppositions.

Les missions techniques chinoises qui se sont implantées au Mali dès l'indépendance (1960) ont contribué à la diffusion de la médecine chinoise. En premier lieu dans les hôpitaux, puisque l'État chinois a alors pris en charge la structuration du secteur hospitalier malien. Les médecins chinois présents dans les établissements pratiquaient la bio médecine et la médecine chinoise, ce qui est encore le cas aujourd'hui[9]. Dans le cadre des accords de coopération, les premiers étudiants en médecine maliens sont alors accueillis en Chine. Par ailleurs, les experts techniques (BTP, installation d'entreprises industrielles) semblent avoir participé à la création des premiers réseaux informels de distribution de la pharmacopée chinoise[10].

La présence chinoise accompagne donc la construction de l'État malien. Ce contexte a favorisé l'émergence d'un imaginaire politique articulé autour de la notion « d'État fort ». Sous la présidence de Modibo Keita (1960-1968), le premier gouvernement du Mali met en œuvre des choix politiques et économiques qualifiés de socialistes. Le développement du Mali est lié à l'industrialisation, à la mise en place d'un secteur d'État devant permettre une autonomie par rapport aux investissements étrangers. Les conceptions du rôle de l'État, de la notion de « bien public » qui se développent à cette période dans certaines couches sociales (notamment chez les diplômés formés en Chine) marquent encore, sous des formes diverses, les représentations du politique observables aujourd'hui, alors que, dans un contexte de crise économique et politique aigüe, l'appareil d'État et la classe politique tendent à être délégitimés.

Il semble que les jugements concernant l'évolution du système de santé malien, les conflits qui traversent le champ thérapeutique, les évaluations des pratiques locales de la médecine chinoise, soient orientés par des constructions divergentes et parfois antagonistes de la mémoire collective qui mettent en scène le rôle des États (malien et chinois) dans les années qui ont suivi l'indépendance.

Le processus de privatisation du secteur public malien qui s'enclenche avec l'arrivée au pouvoir de Moussa Traore (1968) et se poursuit sous les gouvernements suivants, va de pair avec une évolution des activités chinoises au Mali, ainsi que des flux migratoires chinois. À la fin des années 90, « les Chinois » étaient avant tout perçus par les Maliens comme des experts envoyés par leur État pour développer le Mali, des « bâtisseurs ». Cependant, à côté des entreprises d'État chinoises, des entreprises à capitaux mixtes s'étaient déjà implantées au Mali[11]. Dans leur sillage, de petits entrepreneurs privés[12] se sont installés, puis plus récemment, des migrants dépourvus de capitaux économiques et sociaux. Cette nouvelle vague de migrants est liée à la crise économique et au chômage qui se développent aujourd'hui en Chine. L'évolution des législations régulant les sorties du territoire indique que l'État chinois entend aujourd'hui faciliter l'émigration d'une partie de sa main d'œuvre excédentaire (Pina-Guérassimov C., 2006)[13]. L'arrivée des nouveaux migrants a notamment contribué à transformer les formes d'exercice de la médecine chinoise ainsi que les circuits de diffusion de la pharmacopée.

Aujourd'hui coexistent des réseaux informels de petits commerçants chinois qui fournissent les colporteurs et des entreprises chinoises d'exportation de produits pharmaceutiques pourvus de l'agrément du Ministère de la Santé malien. Ces dernières disent assurer la formation des distributeurs et se définissent comme des agents privilégiés de la diffusion des savoirs traditionnels[14]. L'accroissement récent à Bamako et dans certaines villes secondaires (depuis 2006) du nombre des vendeurs de pharmacopée (échoppes, « pharmacies-trottoir », vente ambulante) peut être mis en relation avec l'arrivée de nouveaux migrants

finissent eux même en ces termes leur groupe d'appartenance.

9. Hôpitaux de Kati, de Sikasso, de San, de Markala. Depuis 2011, un nouvel hôpital (« l'Hôpital du Mali » à Bamako) concentre l'essentiel des effectifs de la mission médicale chinoise, dans le cadre des accords de coopération entre le Mali et la Chine.

10. Information transmise par des colporteurs chinois de médicaments interrogés à Bamako en 2005.

11. En Chine, la réforme des droits de propriété industrielle (1997), a entraîné la privatisation partielle d'un certain nombre d'entreprises, au sein desquelles l'État peut ou non devenir le partenaire majoritaire. Voir sur ce point : Bergère M-C., 2007.

12. Certains d'entre eux sont des cadres en fin de contrat des grandes entreprises.

13. L'auteur analyse notamment l'évolution des politiques migratoires de l'État chinois.

14. Entretien en 2006 avec le directeur d'une de ces entreprises.

chinois jeunes, parfois diplômés[15]. On a pu aussi observer jusqu'en 2009 la multiplication des cabinets de consultation privés chinois, là encore très hétérogènes (petites pièces louées dans les quartiers périphériques, villas ou appartements dans les quartiers résidentiels).

J'ai pu constater en 2012 que la plupart des cabinets de « médecine chinoise », étaient tenus par des maliens (quelques-uns par des Camerounais ou des Togolais), ce qui n'était pas le cas jusqu'en 2010[16]. Ce fait a contribué à orienter mon questionnement. Lors de cette première phase de la recherche, j'ai donc tenté d'appréhender les différentes catégories de thérapeutes et les pratiques de la médecine chinoise qui permettent de les distinguer.

Les établissements de « médecine chinoise traditionnelle » à Bamako

Les cabinets de consultation affichant les mentions « Médecine traditionnelle chinoise » ou « Médecine chinoise » ont été repérés à Bamako[17]. L'Inspection de la santé ne disposait d'aucun répertoire et venait d'entreprendre un recensement de tous les cabinets médicaux privés installés sur le territoire malien. Les cabinets de médecine chinoise désignés comme « clandestins » - c'est à dire à la fois « illégaux » et non signalisés - n'ont pu être situés à ce stade de l'enquête[18].

25 cabinets ont été recensés, concentrés dans les quartiers populaires périphériques au nord et au sud de Bamako et dans les zones résidentielles situées au sud du Niger. Les cabinets situés à proximité du centre administratif (nord du fleuve) en 2009 -2010 ont pour une bonne part disparu ou se sont déplacés au sud. En 2010 en effet, l'Inspection de la santé a fermé de nombreux cabinets illégaux tenus par des praticiens chinois.

15. La proportion de femmes migrantes n'est pas négligeable dans cette population. Ce qui n'était pas le cas pour les flux migratoires précédents.

16. Entre 2008 et 2010, j'ai été amenée à effectuer un recensement de ces établissements, dans le cadre d'une recherche sur les migrations chinoises au Mali.

17. En 2010, les cabinets implantés dans des villes secondaires (Kita, Sikasso, Kayes) étaient tenus par des maliens ou avaient disparu. Un cabinet tenu par une thérapeute chinoise subsistait à Ségou, ville où résident des salariés chinois de l'entreprise sino-malienne COMATEX.

18. D'après les fonctionnaires de l'inspection de la santé et les thérapeutes légalement installés ils seraient aujourd'hui assez nombreux.

Sur les 25 cabinets en activité en 2012, 4 seulement sont ouvertement gérés par des praticiens chinois. Ces derniers se présentent comme des diplômés en bio médecine et/ou en médecine chinoise.

Les autres établissements sont tenus par des praticiens africains (maliens pour la plupart[19]), cet ensemble est très hétérogène :

- 9 cabinets ont été installés par des thérapeutes chinois qui ont formé « sur le tas » des maliens (guérisseurs, jeunes diplômés des écoles de formation d'agents de santé, gens de maison ...). Les fondateurs chinois se consacrent aujourd'hui à l'importation de médicaments et sont intégrés à des réseaux commerciaux transnationaux ou sont allés fonder des établissements de soin hors du Mali (Cameroun, Sénégal ...). Certains reviennent cependant exercer de temps à autre dans leur ancien établissement malien ou y délèguent des membres de leur famille.
- 7 établissements ont été ouverts par des médecins africains ou chinois formés dans des universités chinoises (diplôme en médecine chinoise, parfois en bio médecine également), 5 par des tradithérapeutes maliens, qui déclarent s'être « reconvertis dans la médecine chinoise ».

D'après les autorités administratives, les deux tiers des établissements privés de médecine chinoise seraient aujourd'hui dans l'illégalité, les thérapeutes étant dépourvus de diplômes reconnus, ou titulaire d'un diplôme en bio médecine seulement. Selon les règles en vigueur, sur lesquelles nous reviendrons plus loin, l'exercice d'une « médecine traditionnelle » quelle qu'elle soit nécessite une procédure d'agrément particulière.

Des enquêtes plus approfondies ont été menées dans 12 établissements privés, à cette phase de la recherche par le biais d'entretiens avec les thérapeutes, quelques consultations ont pu être observées. Quant au secteur public, le directeur malien de « l'Hôpital du Mali » (nouvel établissement ouvert à Bamako en 2011, accueillant la mission médicale chinoise) m'a autorisée à enquêter dans l'établissement. Ce cadre est un médecin formé en Chine. J'ai ainsi pu rencontrer les membres de l'équipe médicale chinoise[20] et effectuer des entre-

19. Trois sont de nationalité togolaise ou camerounaise.

20. Cette mission était alors composée de 29 médecins, 10 infirmières et quelques cadres administratifs.

tiens individuels avec quelques médecins, dont le seul médecin spécialisé en médecine chinoise.

La régulation des pratiques thérapeutiques apparaissait comme un thème récurrent dans les entretiens et la définition des normes semblait jouer un rôle essentiel dans le processus de construction des identités professionnelles. Je me suis donc intéressée aux cadres juridiques du pluralisme thérapeutique. Des responsables de services administratifs maliens[21] et des membres d'associations professionnelles de médecins, de pharmaciens, de tradithérapeutes[22] m'ont accordé de longs entretiens portant sur la diffusion de la médecine chinoise et sur la réglementation du secteur de la santé. Les fonctionnaires interrogés sont pour la plupart des médecins ou des pharmaciens formés en Chine[23].

La science, le savoir et la technique

Lorsque l'on parcourt la ville de Bamako à la recherche des cabinets privés de médecine chinoise, c'est en premier lieu la diversité des constructions abritant les établissements qui attire l'attention de l'observateur. De simples chambres en banco disséminées dans les quartiers périphériques les plus déshérités de Bamako sont annoncées par une pancarte délavée par les intempéries - « Médecine chinoise traditionnelle », « Docteur chinois », « Tradithérapeute chinois ». Dans les quartiers résidentiels les plus récents, au sud du Niger, des villas abritent des « Cliniques de médecine chinoise », des « Centres de soins chinois» qui affichent, en français et en chinois, les spécialités thérapeutiques proposées et les titres du thérapeute. Dans les quartiers commerçants proches du centre administratif, au nord du fleuve, on trouvera quelques « cabinets médicaux » installés dans des immeubles modernes, qui afficheront une double compétence en bio médecine et en médecine chinoise[24]. À proximité des grands marchés, des établissements occupent deux ou trois pièces en rez-de-chaussée, dans des immeubles plus anciens et quelque peu délabrés, parmi les boutiques de commerçants maliens, vendeurs de pièces détachées, de quincaillerie, de tissus … Ces derniers cabinets ont été fondés par les premiers thérapeutes chinois installés à Bamako.

L'aspect des établissements, leur situation dans l'espace urbain, permettaient de supposer qu'ils s'adressaient à des clientèles différenciées par leur niveau de ressources, par leurs parcours thérapeutiques. Il n'y a là rien de surprenant et les premières observations effectuées le confirment. Par contre, il s'est avéré que la pratique du diagnostic constituait un critère de classification des praticiens particulièrement intéressant. Il permettait d'approcher la diversité des formes d'investissement de la médecine chinoise, de ses définitions, ainsi que les constructions identitaires qui les intègrent. Les usages des « machines à diagnostiquer », les refus et les critiques qu'elles suscitent ont particulièrement retenu mon attention.

Les cabinets les plus modestes situés aux confins de la ville sont occupés par un praticien isolé. Sur une table, « la machine chinoise » qui permet le diagnostic, sur un mur, une affiche représentant la paume de la main sur laquelle sont figurés les points qui correspondent aux organes du corps et sont mentionnés, en chinois, les troubles qui les affectent. Lors de la consultation, après avoir éventuellement interrogé le patient sur les symptômes ressentis (certains ne le font pas), le praticien pose l'une des électrodes de l'appareil (alimenté par des piles) sur certains points de la paume. Une légère décharge électrique ressentie par le malade indique l'organe atteint. Le thérapeute se réfère alors à la « carte de la main », rédigée cette fois en français ou en anglais, qu'il a sous les yeux, formule un diagnostic[25], prescrit des remèdes et

21. Le DRH du Ministère de la santé, responsable des stages de formation continue à l'étranger ; les responsables des divisions « pharmacie » et « secteur médical privé » au Ministère de la Santé ; le responsable administratif de l'Inspection de la Santé et l'équipe d'enquêteurs de ce service ; les deux responsables de la Division de la Médecine Traditionnelle (Institut National de Recherche en Santé Publique) et leur équipe de chercheurs en pharmacopée.

22. Les responsables de la FEMATH (Fédération Malienne des Thérapeutes), et 4 praticiens militants, installés dans les quartiers populaires périphériques. Cette association fondée en 2002 a impulsé le processus de professionnalisation des guérisseurs maliens et milite pour la création d'un ordre, ce qui lui permettrait d'exercer un droit de regard sur les procédures d'agrément des tradipraticiens et des cabinets de soins.

23. Le nombre important de professionnels diplômés d'universités chinoises dans les instances administratives de la santé publique mérite d'être analysé. Les premiers récits de trajectoire recueillis ainsi que les représentations du rôle de l'État formulées par les enquêtés révèlent la constitution d'une couche d'intellectuels particulière – ce que j'avais déjà pu constater en 2008 lors d'une enquête menée auprès d'ingénieurs et techniciens maliens formés en Chine entre 1980 et 2006.

24. Sans mentionner ce terme! Exemple d'enseigne : « Docteur X. Ophtalmologie, maladie des yeux. Acupuncture et massages»

25. « Problème de tension », « problème d'intestin », « faiblesse du sang » ...

précise la posologie. Il donnera éventuellement quelques conseils concernant l'alimentation du patient, son mode de vie. Les « médicaments chinois traditionnels » qu'il vend (sachets de poudres, flacons de comprimés) portent des inscriptions rédigées en chinois. Cinq cents francs CFA sont demandés pour la consultation, tandis que le coût des remèdes prescrits varie de 5000 à 20 000 FCFA[26]. Les thérapeutes appartenant à cette catégorie ont été formés, disent-ils, par des Chinois, pour qui ils ont travaillé plusieurs années comme « serviteur ». Les récits d'apprentissage sont stéréotypés et par certains traits rappellent les récits de formation construits par les guérisseurs maliens. « Le médecin chinois » constate l'intérêt que manifeste son salarié pour ses activités médicales, il entreprend alors de lui transmettre ses connaissances, lui apprend à utiliser « la machine », à formuler un diagnostic, à prescrire les remèdes… Après quelques années d'apprentissage, il l'aide à installer son cabinet, lui permet d'acquérir l'équipement nécessaire et les médicaments dont il a besoin.

Ces « élèves des chinois » (ils se désignent souvent ainsi) argumentent la supériorité de la médecine chinoise sur les médecines traditionnelles locales en mettant en avant son caractère « scientifique », garanti par « la machine », qui la rapproche de la « médecine des blancs ». En même temps, les Chinois, comme les guérisseurs (*furakela)* maliens, connaissent les plantes de leur pays, mais eux savent en faire des « médicaments modernes » – Quant aux « blancs », ils ont des machines, mais pour produire des médicaments, ils « viennent prendre les recettes des guérisseurs africains ».

La « machine » utilisée dans cette catégorie d'établissements est l'appareil le plus simple parmi ceux dont j'ai constaté l'usage lors du diagnostic[27]. Elle est contenue dans une mallette de la taille d'un ordinateur portable.

L'objet technique garantit ici à la fois la pertinence du diagnostic et la légitimité du thérapeute - « la machine qui pique, ça impressionne le malade » déclarait l'un d'entre eux. L'objet symbolise la puissance de la technique et du savoir médical des Chinois, la maîtrise de son usage à l'issue d'un processus de transmission fondé sur la confiance fait du praticien africain le dépositaire de ce pouvoir exotique. La fiabilité de la machine, en quelque sorte la standardisation de l'acte diagnostique, est mise au centre de la relation thérapeutique par ceux qui n'ont pas été formés en médecine traditionnelle locale.

Ces praticiens-là ne peuvent prétendre être reconnus par les guérisseurs (*furakela*) locaux. Ces derniers insistent sur la longueur de leur apprentissage, sur les épreuves surmontées, sur la multiplicité des maîtres qu'ils ont su convaincre de leur transmettre leur savoir ; certains placent au centre de leur récit leurs liens avec le monde non-humain, l'esprit ou le génie qui leur a imposé la vocation de guérisseur.

Dès les débuts de leur processus de professionnalisation (années 90), les tradithérapeutes[28] maliens ont opéré une division du travail entre eux et les médecins : ces derniers ont des « outils pour voir dans le sang », pour analyser les médicaments, ils ont « les outils pour opérer ». Les guérisseurs africains connaissent les plantes, ont acquis l'art du diagnostic (toucher et écoute), et surtout, ils savent déceler les spécificités individuelles des malades, les formes singulières et inédites qu'empruntent les maladies en fonction du milieu de vie[29], ils savent également s'approprier et intégrer les savoirs étrangers. Les médecins sont donc classés du côté de la technique, eux

26. La consultation coûte ainsi 0,75 euro, les remèdes prescrits entre 7,5 et 30 euros.

27. Selon les interviewés, « La machine à diagnostiquer » leur a été vendue à crédit par le maître. Les prix indiqués varient de 200 000 à 500 000 FCFA. Toutefois les sites des entreprises chinoises commercialisant ces équipements (Hand Points Diagnostic) mentionnent un prix de 150 euros en 2013. Voir par exemple : Guangzhou Auro Beauty Equipment CO. Si l'on augmente la puissance, on peut utiliser l'électrode pour les soins, cet usage est alors présenté comme un équivalent de l'acupuncture, « sans percer la peau ». Mais cette fonction ne semble utilisée que dans des cabinets plus importants fondés par des praticiens chinois. Il est intéressant de constater que les publicités diffusées sur les sites des entreprises s'adressent à des particuliers non professionnels.

28. Précisons que, sous l'influence des recommandations émises par l'OMS et des débats qui se sont développés au sein du champ thérapeutique, les guérisseurs associatifs ont revendiqué l'appellation « tradithérapeute ». En milieu urbain la plupart des praticiens l'ont adoptée et là elle tend à se substituer au terme local bamanan *furakela* (guérisseur). Ceux qui se désignent comme *furakela* se réfèrent souvent à la « vraie tradition » et refusent les procédures de contrôle, ou entendent les ignorer.

29. La révélation d'une nouvelle maladie par la médecine occidentale, « le sida », pour laquelle aucun traitement n'était censé exister, les tentatives des institutions sanitaires pour mobiliser les guérisseurs, ont encore accentué cette conception d'une « division du travail » entre la technique occidentale et le savoir local. Voir sur ce point Bourdarias F. et Le Palec A., 1996.

même du côté du savoir – ce savoir qui permet notamment de déceler les différences et de les interpréter, qui se manifeste sous des formes particulières selon le thérapeute.

De ce fait, un praticien malien peut utiliser les connaissances thérapeutiques chinoises, tout en étant mieux placé que les Chinois pour l'interprétation des symptômes, grâce à sa connaissance du milieu et des maladies locales. Les tradithérapeutes locaux « reconvertis en médecine chinoise » utiliseront donc la machine à diagnostiquer dont leur maître chinois leur a enseigné le « mode d'emploi », mais formuleront le diagnostic dans le cadre du savoir qu'ils ont acquis au cours de leur trajectoire de guérisseur africain, en se référant notamment à la nosologie locale familière aux patients. Ils prescrivent des médicaments chinois et dans certains cas des produits de leur propre pharmacopée. Certains militants des associations de tradithérapeutes déclarent volontiers que ce pont qu'ils établissent entre « toutes les médecines du monde » prouve le caractère universel de leur propre savoir.

Des machines à diagnostiquer plus complexes et coûteuses sont utilisées dans des établissements fondés par des praticiens chinois – que ces derniers y exercent en permanence ou par périodes. Dans ce cas l'objet technique est utilisé par des collaborateurs locaux formés aux techniques de l'analyse biologique de la bio médecine, ou du moins informés de leur terminologie. Certains ont suivi un cursus dans des centres de formation d'agents de santé, des écoles d'infirmiers. Les appareils utilisés sont produits et distribués par les entreprises chinoises de fabrication de matériel médical[30]. Ces « analyseurs quantiques à résonance magnétique »[31] « captent l'énergie magnétique du corps humain ». Le patient tient dans sa main un capteur. Sur l'écran de l'ordinateur relié au capteur s'affichent les valeurs de différents paramètres définis par la médecine chinoise et les dysfonctionnements qui affectent le malade sont précisés. Les machines les plus perfectionnées - l'un des cabinets enquêtés en possédait une - effectuent et impriment instantanément toutes les analyses biologiques qu'un bio médecin pourrait imaginer de prescrire[32]. Une telle « économie de temps et d'argent », une telle quantité d'analyses biologiques effectuées « sans faire couler le sang », prouvaient bien, selon les employés maliens de l'établissement, la supériorité de la science et de la technique chinoises. Il est cependant intéressant de constater que, dans de tels établissements, fréquentés par une population de commerçants et d'employés d'administration maliens, les espaces de soins et de consultation étaient strictement différenciés. Le praticien chinois occupait un cabinet séparé de l'espace voué à la technique, orné d'objets symbolisant la complexité de la science médicale chinoise (livres, affiches ou mannequins présentant les méridiens du corps humain, table de massage, produits de la pharmacopée …) Le thérapeute formulait un diagnostic selon les principes de la médecine chinoise et prescrivait éventuellement un recours à la machine pour un bilan complet. Il pratiquait l'acupuncture, la moxibustion et les massages[33].

L'utilisation des « machines à diagnostiquer » suscitait l'indignation de médecins maliens ou chinois diplômés, exerçant en cabinet privé ou dans le secteur hospitalier. Pour ces derniers, l'usage de tels instruments désignait bien les risques de « dégénérescence » d'une science complexe, progressivement réduite à un ensemble de techniques abstraites du savoir qui les fonde (acupuncture, moxibustion), puis pratiquées par des ignorants « trompant les malades avec des outils dépourvus d'efficacité ». Les médicaments « traditionnels » prescrits par les « charlatans » faisaient également l'objet de nombreuses critiques. Les praticiens dénonçaient notamment les réseaux d'importation illégale de produits échappant au contrôle des autorités sanitaires, chinoises ou africaines, la complicité de fonctionnaires corrompus. Ces médecins assignaient aux États une fonction de régulation du champ thérapeutique, tout en

30. Voir par exemple les sites des entreprises : Jian qiao Technology, Guangzhou ou Xuzhou Tongren Médical Electronic Technology, Jiangsu ... Les prix ne sont communiqués qu'à la demande.

31. F. Wassouni, lors d'une recherche menée à Maroua (Cameroun) a pu constater l'usage d'un tel appareil dans la clinique de médecine chinoise Tiens Chinecam. (communication présentée au séminaire de l'ANR EsCA, 23 avril 2013, Paris, MSH ,« Monographie de Tiens Chinecam : étude préliminaire sur la médecine chinoise dans la ville de Maroua (Cameroun »)

32. L'enquêteur a ainsi bénéficié d'une expertise complète, sans qu'on puisse lui remettre les fiches imprimées, en l'absence du médecin chinois ... Le prix de la machine était estimé à 800 000 Fcfa par l'employé malien qui en était responsable.

33. Ceux qui ont pu être interrogés à ce stade de l'enquête se présentaient comme diplômés en médecine chinoise, titres contestés par des médecins maliens et chinois du secteur privé ou hospitalier et par les responsables administratifs.

estimant qu'une telle remise en ordre s'avérait difficile dans « un contexte de mondialisation ».

Patrimonialisation des savoirs thérapeutiques traditionnels et définitions du « bien public » : les enjeux de la réglementation du champ thérapeutique au Mali

Dès les premières années de l'indépendance, l'État malien élabore des politiques publiques visant à la fois à maîtriser les activités des guérisseurs et à enclencher un processus de patrimonialisation des médecines traditionnelles maliennes. Il s'agit alors de mettre en valeur la « culture malienne dévalorisée par le pouvoir colonial ». Les recommandations émises par l'OMS (1978) concernant la collaboration entre les médecines seront travaillées dans ce cadre.

Les médecines traditionnelles locales ont ainsi été intégrées au « patrimoine culturel malien ». Une institution mise en place par le Ministère de la santé malien au début des années 80, la Division de la Médecine Traditionnelle (« La Pharmacopée »), incitait les « tradithérapeutes »à communiquer leur pharmacopée, dont l'efficacité devait être testée afin d'envisager la production de médicaments[34]. En retour, les praticiens se voyaient décerner un certificat censé légitimer leurs compétences. Ces procédures ont favorisé dans les années 90 la constitution d'associations de tradithérapeutes, soucieux de protéger leurs savoirs et de négocier avec les instances administratives.

On voit alors se constituer un champ discursif conflictuel, au sein duquel cadres administratifs, médecins et tradithérapeutes argumentent leurs conceptions antagonistes de l'articulation des deux médecines et de leur hiérarchisation et enfin formulent les règles qui devraient régir la concurrence.

Pour les médecins diplômés en bio médecine, la « complémentarité » préconisée par l'OMS entre Médecines traditionnelles et Médecine conventionnelle devrait plutôt être conçue comme une « collaboration ». Ils signifient par-là que les « guérisseurs » doivent être répertoriés et contrôlés, l'efficacité (et/ou la non nocivité) de leurs soins prouvée. Les guérisseurs peuvent intervenir pour des « problèmes mineurs » traitables par leur pharmacopée, pour dispenser une aide psychologique aux malades inguérissables, pour déceler et orienter des cas qui relèvent de la « médecine moderne ». Leur pharmacopée peut permettre la mise au point de nouveaux médicaments (la Division de la Médecine Traditionnelle doit contrôler ce processus).

La médecine chinoise est définie comme une médecine traditionnelle, à cela près qu'elle bénéficie d'une légitimité certaine – quand elle est exercée légalement et par des diplômés (qu'ils soient chinois ou africains). Il s'agit alors d'une médecine traditionnelle « rationalisée par les savoirs médicaux modernes », débarrassée des « considérations philosophiques ésotériques ». Les praticiens chinois illégaux et non diplômés, sont assimilés à des « charlatans », plus dangereux que certains guérisseurs locaux puisqu'ils sont incontrôlables. Le processus de patrimonialisation des médecines traditionnelle est évalué dans ce cadre. Il est utile de mettre en valeur les cultures locales, d'en assurer la transmission – la construction des identités nationales en dépend en partie. Toutefois, dans le domaine de la santé « qui touche au bien public », « l'excès de patrimonialisation » tend à provoquer une « situation de désordre » où « tout est mis sur le même plan, la science et les superstitions », au détriment des populations.

Les diplômés maliens en médecine chinoise formulent les mêmes réserves. En Chine et dans le monde entier, la patrimonialisation des médecines traditionnelles favoriserait la prolifération de « soit disant thérapeutes » sans formation. Ils affirment l'égale dignité de la bio médecine et de la médecine chinoise, médecines savantes fondées sur des articulations différentes de la théorie et de la pratique. Elles devraient être complémentaires, la médecine chinoise venant pallier les échecs et les limites de la bio médecine. Surtout, ajouterons certains dans un contexte de délitement du système de santé malien. La médecine chinoise est alors présentée comme un recours possible pour les populations les plus déshéritées. Des médecins formés en Chine disent avoir choisi l'orientation vers la médecine chinoise « pour ne pas participer à ce naufrage de la médecine malienne».

34. En 1968 est organisé l'Institut National de Phytothérapie et de Médecine Traditionnelle, intégré à la section Recherche et Contrôle de la Division de l'Approvisionnement Pharmaceutique. Il sera remplacé en 1973 par l'Institut National de Recherche sur la Phytothérapie et la Médecine Traditionnelle. Enfin, en 1981, la Division de la Médecine Traditionnelle devient une composante de l'Office Malien de Pharmacie, intégré à l'INRSP (Institut National de Recherche en Santé Publique).

Les guérisseurs locaux, de leur côté, ne manquent pas d'affirmer la complémentarité de toutes les médecines et leur nécessaire collaboration, « pour le bien de tous » (« chaque maladie a sa plante, chaque guérisseur connait ses maladies »[35]). On a évoqué plus haut la place que les tradithérapeutes associatifs attribuent à leurs propres savoirs dans le cadre de cette complémentarité. Pour ces derniers (les autres s'en soucient peu) l'intégration de « toutes les médecines traditionnelles » au patrimoine de l'humanité marque une reconnaissance de leur contribution à « la préservation de la culture malienne », à son prestige à l'étranger. Ils sont toutefois confrontés à la multiplication des « faux tradithérapeutes », « aventuriers dangereux pour la santé publique ». En milieu rural, c'est « la coutume », le regard des populations, l'appartenance à une lignée connue qui garantissent la fiabilité d'un thérapeute[36]. En ville, le contrôle collectif ne peut s'exercer de la même façon, il convient donc d'organiser le « contrôle de la profession ». Les associations de tradithérapeutes entendent bien y participer.

Les cadres administratifs du secteur de santé que j'ai pu interroger partagent en grande partie l'argumentation des médecins, à cela près qu'ils formulent de nombreuses critiques sur la formation et les pratiques économiques des médecins conventionnels du secteur privé et public. La santé publique malienne est selon eux « sinistrée » et l'État malien s'est avéré défaillant. Pourtant les cadres légaux existent, calqués sur la réglementation française. Mes interlocuteurs me décriront longuement les procédures, le rôle qu'y jouent les différents ordres professionnels (ordre des médecins pour l'agrément des praticiens et des établissements, ordre des pharmaciens pour ce qui concerne la vente des médicaments agréés). Ils insisteront particulièrement sur le pouvoir décisionnel (« en dernière instance ») des administrations du secteur de la santé, notamment sur le contrôle et l'agrément des spécialités pharmaceutiques. Là, les « experts du secteur public » chargés de l'analyse et de la mise à l'épreuve des produits se définissent comme les « garants de la sécurité des populations », ils doivent s'affronter « aux intérêts corporatistes » et à la « corruption des élites politiques », tâche particulièrement ardue dans un contexte de mondialisation. Les réseaux informels d'importation qui alimentent les échoppes et les « pharmacies trottoir » se multiplient, des groupes pharmaceutiques chinois (ou « internationaux ») tentent « d'inonder le marché malien » de produits «soit disant traditionnels » dont on ne peut repérer le lieu réel de fabrication[37]. Rappelons que de nombreux responsables administratifs du secteur de la santé, médecins ou pharmaciens, ont été formés en Chine. Les entretiens permettent d'appréhender les représentations que ces anciens étudiants construisent aujourd'hui en se référant aux expériences qu'ils ont vécues sur leur lieu de formation. L'État fort « à la chinoise », permettait alors de dispenser une « formation médicale rigoureuse », de « valoriser le mérite », de « réprimer les abus », même si ces éléments coexistaient « avec la violence et la corruption ». Les plus anciens déplorent les transformations en cours dans la société chinoise, l'emprise du marché, le développement des inégalités sociales … La plupart établissent un lien entre ce contexte et les pratiques déviantes de la médecine chinoise observables sur le territoire malien[38].

Aujourd'hui, administratifs, médecins et tradithérapeutes revendiquent donc l'application de règlementations strictes et attendent de l'État qu'il entreprenne « l'assainissement » du champ médical. Pour les médecins, l'application des procédures d'agrément doit permettre à la fois de repérer les guérisseurs fiables et de protéger le corps médical de concurrents étrangers non ou mal diplômés. Pour les tradithérapeutes professionnalisés, il s'agit avant tout de réguler la concurrence étrangère (chinoise notamment). Cependant les conceptions des règlementations à mettre en œuvre divergent considérablement.

Les pressions exercées par le champ médical et certains cercles administratifs et politiques ont conduit en 2010 à un durcissement des contrôles exercés par l'inspection de la santé (également à quelques tentative de lutte contre la corruption), aussi bien pour les cabinets de soins privés que

35. Il n'y a pas de maladie pour laquelle il soit impossible de trouver un remède, chaque guérisseur connait un nombre limité de maladies.

36. « Et puis celui qui fait du dégât a intérêt à se sauver très vite » précise un leader associatif.

37. Le contrôle des produits pharmaceutiques constitue un thème important dans les discours des administratifs, quelque soit leur secteur d'intervention, on le retrouve également dans les discours des médecins. Les enjeux économiques de ce commerce sont alors étroitement articulés aux définitions de la santé publique et de l'indépendance nationale.

38. La thématique de la patrimonialisation apparait rarement de façon spontanée dans les discours recueillis auprès des administratifs. Lorsque l'enquêteur y fait référence, ce ne sont que sourires désabusés et haussements d'épaules.

pour les médicaments introduits au Mali. Si les mesures appliquées (notamment la fermeture d'un certain nombre de cabinets chinois) ont été approuvées par les associations de tradithérapeutes maliens, ils contestent cependant les règles qui régissent les procédures d'agrément des établissements de médecine traditionnelle.

Le contrôle des activités des guérisseurs pose en effet quelques problèmes. On évalue à 90% des praticiens maliens ceux qui exercent sans agrément (et ne collaborent pas avec la Division de la médecine traditionnelle). Dans ce contexte, médecin, administratifs et tradithérapeutes agréés ont alors recours à la notion « d'évidence ethnologique médicale » (recommandée par l'OMS).

La production de cette « évidence » donne aujourd'hui lieu à une procédure administrative engageant les agents de santé du secteur public décentralisé qui doivent effectuer des observations sur l'efficacité des guérisseurs et « leur bonne insertion dans le tissu social ». Les associations de tradithérapeutes demandent à participer à cette procédure, voire à la maîtriser. Leur profession devrait être reconnue, dotée d'un Ordre afin de participer à l'ensemble du processus d'agrément des praticiens (locaux et étrangers) et des établissements, au même titre que l'ordre des médecins. Ce à quoi s'opposent les associations professionnelles de médecins.

L'argumentation de la procédure de « l'évidence ethnologique médicale »par les enquêtés m'a permis de constater l'importance des conceptions différenciées du désordre social. Ces dernières orientent les représentations antagonistes des différents groupes de médecins et tradithérapeutes.

Les médecins maliens interrogés confrontent fréquemment, et non sans amertume, leur situation à celle des « internationalisés » - des médecins qui ont pu « s'évader », partir exercer à l'étranger ou s'intégrer aux institutions internationales. Qu'ils soient diplômés en bio médecine ou en médecine chinoise, ils lient « le désordre social » au mauvais fonctionnement de l'État malien, au délabrement du secteur public de santé, à la corruption des hiérarchies médicales, à la pauvreté de la population. D'où une médecine à deux vitesses, et le recours de la population au secteur informel chinois ou autre. « L'évidence ethnologique » est un pis-aller pour limiter le désordre, à condition qu'elle soit entièrement contrôlée par l'ordre des médecins. Pour les tradithérapeutes associatifs, le désordre procède de la dissolution des pouvoirs coutumiers, de l'urbanisation et des mouvements de populations[39]. L'application d'une règlementation administrative s'avère nécessaire dans les villes où viennent s'installer des praticiens inconnus de la population. Cependant, lorsqu'ils ont acquis à la fois « les vrais savoirs traditionnels » et la connaissance du nouveau milieu, les tradithérapeutes contribuent à la protection des liens sociaux et de « l'identité culturelle malienne », ils sont donc les mieux qualifiés pour évaluer les pratiques des nouveaux venus (notamment des Chinois).

À travers ces argumentations, on voit que « la coutume » et « la loi » nouent une alliance conflictuelle pour protéger les praticiens nationaux et locaux, au nom de l'intérêt des populations.

Conclusion : les définitions de la « vraie Médecine Chinoise »

Lorsqu'il s'agit de définir les caractéristiques de la médecine chinoise, d'évaluer les pratiques thérapeutiques qui s'en réclament aujourd'hui, de penser les formes d'articulation entre bio médecine et médecines traditionnelles, les médecins diplômés maliens et chinois dessinent les contours d'une identité professionnelle commune (qu'ils soient diplômés en bio médecine ou en médecine chinoise, qu'ils appartiennent au secteur hospitalier public ou au secteur privé). Tous s'accordent sur ce point : l'existence de médecines traditionnelles (ou alternatives) peut être bénéfique pour les populations, à condition que leur exercice soit contrôlé.

Leurs conceptions de la médecine chinoise – ils utilisent ce terme et non celui de « médecine chinoise traditionnelle » – les rapprochent également. Bio médecine et médecine chinoise devraient être complémentaires, il convient de leur reconnaître une égale dignité et d'organiser le « partage des tâches ». Chacune des deux médecines se caractérise par une articulation particulière de la théorie et de la pratique. Les diplômés en médecine chinoise insistent particulièrement sur ce point. Pour eux la valorisation de la

39. Cette conception du désordre est commune à l'ensemble des guérisseurs. En transformant le milieu et les modes de vie, le mélange des populations favorise la transformation des maladies qui empruntent des formes inédites. Seuls les tradithérapeutes associatifs revendiquent une réglementation.

pratique et les élaborations théoriques complexes qui en découlent constituent le point fort de leur spécialité. Les Chinois tout comme les Maliens évoquent le long processus de « rationalisation » de la médecine chinoise par une intégration de principes scientifiques propres à la bio médecine (systématisation de l'étiologie, contrôle de la pharmacopée, mise à l'écart d'une « philosophie intéressante mais locale »). À condition de n'être pas remise en cause, cette rationalisation (cette « universalisation ») devrait permettre à la médecine chinoise d'occuper dans le champ thérapeutique une position équivalente à celle de la bio médecine, tout en entretenant avec cette dernières des rapports de complémentarité.

Les médecins chinois sont alors amenés à confronter les expériences qu'ils ont vécues en Chine et au Mali. À des degrés divers, le secteur médical privé est ici et là-bas voué à « l'anarchie », la médecine hospitalière se dégrade et une « médecine à deux vitesses » se développe[40]. Ce contexte favorise la prolifération de pratiques qui « dégradent » la médecine chinoise, transforment « une médecine complexe et savante » en un corpus de « techniques mal maîtrisées ». Les médecins maliens formés en Chine les rejoignent sur ce point, en évoquant la formation longue et ardue dont ils ont bénéficié. La concurrence qui s'instaure au Mali entre « la vraie médecine chinoise » et les pratiques de « charlatans » maliens et chinois les conduit parfois à regretter une orientation qu'ils disent avoir librement choisie pendant leurs études en Chine[41].

L'inscription de certains éléments de la Médecine Chinoise Traditionnelle à la liste représentative du Patrimoine Mondial de l'Humanité suscite alors une certaine ironie - « On patrimonialise bien ce qui disparaît, chez vous c'est comme ça aussi, n'est-ce pas? » Ce propos tenu par un médecin hospitalier chinois diplômé en médecine chinoise résume bien les jugements recueillis.

Quant aux praticiens maliens et chinois non diplômés, ils légitiment leurs compétences en mettant l'accent sur la dimension empirique de la « médecine chinoise traditionnelle ». En cela, toutes les médecines traditionnelles se ressemblent, ce qui leur permet de remédier aux lacunes et aux échecs de la bio médecine. Les uns et les autres élaborent des récits de formation où ils valorisent le savoir pratique qui s'acquiert dans la longue durée auprès d'un maître. Cet apprentissage conditionne selon eux la capacité du thérapeute à intégrer de nouveaux savoir, à adapter les traitements aux formes individuelles de la maladie, à ses spécificités locales (ce dont la bio médecine s'avérerait incapable). Les Maliens évoquent la figure du « *furakela* » villageois, les Chinois, les modalités de transmission des savoirs qui existaient dans « l'ancien temps », et qui perdurent en Chine malgré l'hégémonie exercée par la bio médecine. La « vraie médecine traditionnelle », chinoise ou africaine, se fonde avant tout sur la pratique, c'est en cela qu'elle constitue une tradition, un patrimoine à protéger.

Les recherches menées par des sinologues (Hsu E., 1999 ; Marié E., 2011 ; Micollier E., 2011 ; Obringer F., 2011) sur les transformations dans la longue durée de la médecine chinoise, sur leurs enjeux politiques et sociaux, sur les modalités de son transfert à l'extérieur, éclairent les observations recueillies sur le terrain malien. J'ai ainsi pu constater que l'usage du terme « médecine chinoise » distinguait les médecins maliens et chinois formés à cette médecine, tandis que les autres praticiens, bio médecins et tradithérapeutes se référaient à la « médecine chinoise traditionnelle ». Les travaux des sinologues nous permettent d'approcher les enjeux de ces dénominations. La Médecine Chinoise Traditionnelle désigne la forme standardisée de médecine chinoise promue par le gouvernement chinois depuis 1950, elle a été intégrée au système de santé publique et fait l'objet d'un processus de bio médicalisation. Cette intégration a fait l'objet d'un vaste débat en Chine à partir de 2006 (Micollier E., 2011). Certains partisans de son exclusion remettaient en cause le caractère scientifique de cette médecine ainsi que son instrumentalisation politique par le gouvernement, d'autres dénonçaient une bio médicalisation contribuant à couper la médecine chinoise de toute tradition vivante, tandis qu'à une large majorité la population chinoise se prononçait pour son maintien dans le système de santé publique. Les positions adoptées par les praticiens interrogés au Mali devront donner lieu à une analyse plus précise. Il semble que les médecins diplômés en médecine

40. Les médecins hospitaliers chinois en mission au Mali m'interrogeront longuement sur les transformations du champ médical français, et notamment sur l'apparition d'une médecine « à deux vitesses ».

41. Un seul médecin malien me dira avoir été « autoritairement orienté » vers une formation en Médecine chinoise pendant ses études en Chine. Il semble pourtant que ce mode d'orientation soit fréquent.

chinoise manifestent ici leur attachement à une « médecine savante millénaire » (ils utilisent souvent cette formule) mise en péril par les instrumentalisations politiques et un processus de marchandisation. On a vu plus haut qu'ils n'en mettent pas moins en valeur la rationalisation de la médecine chinoise par intégration de normes scientifiques issues de la bio médecine, soulignant ainsi les capacités d'innovation, la souplesse de la science médicale qu'ils pratiquent. La notion de « tradition », tout comme celle de patrimoine, semble alors désigner une culture thérapeutique locale figée, vouée à la muséification.

Lorsque l'on se fixe pour objectif d'étudier les modes de diffusion de la médecine chinoise dans une configuration sociale africaine, les analyses proposées par les sinologues incitent à construire un espace d'observation et d'analyse englobant les champs thérapeutiques chinois et africains.

Les quelques observations qui viennent d'être présentées indiquent également que les dynamiques sociales propres au « pays d'accueil » devraient être analysées de façon approfondie. La diffusion d'une médecine étrangère révèle les tensions qui se développent au sein d'un champ thérapeutique particulier, elle contribue à les infléchir, à leur donner une forme singulière. Elle ouvre également un espace d'activités économiques et commerciales entrainant des reconversions et la mise en concurrence de nouvelles catégories d'entrepreneurs[42].

Mais au-delà, les argumentations et les tactiques sociales qui se déploient trouvent leur légitimation dans des conceptions du politique (ici du rôle de l'État, de la notion de « bien public ») dont le chercheur doit tenter de reconstruire la genèse.

Bibliographie

Appadurai Arjun (1996). *Modernity at Large. Cultural Dimensions of Globalization.* University of Minnesota Press.

Augé Marc (1984). « Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement » in Augé Marc et Herzlich Claudine eds. *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie.* Paris, EAC : 35-81.

Bastian Jean Pierre, Champion Françoise et Rousselet Kathy (2002). *La globalisation du religieux.* Paris, L'Harmattan.

Bergère Marie Claude (2007). *Capitalismes et capitalistes en Chine, des origines à nos jours.* Paris, Perrin, (Asies).

Bourdarias Françoise et Le Palec Annie (1996). « Médecins et guérisseurs, interactions et stratégies ». *Journal des Anthropologues*, n°60 : 51-61.

Bourdarias Françoise (2009). «Mobilités chinoises et dynamiques sociales locales au Mali ». *Politique Africaine*, « Afrique, la globalisation par les Suds », 113 : 28-54.

Dozon Jean-Pierre et Sindzingre Nicole (1986). « Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine ». *Prévenir*, n°12 : 43-52.

Dozon Jean-Pierre (1987). « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire » in Politiques de santé. *Politique Africaine,* n°28 : 9-20.

Goody Jack (1979). *La Raison graphique. La domestication de la pensée sauvage.* Paris, Éditions de Minuit.

Guillaume Marc (1990). « Invention et stratégies du patrimoine », in Jeudy Henri-Pierre ed. *Patrimoines en folie.* Paris, éditions de la MSH : 13-20.

Horton Robin (1967). « African Traditional Thought and Western Science ». *Africa,* XXXVII : (1) 50-71, (2) 155-187.

Hsu Elizabeth (1999). *The transmission of Chinese medicine.* Cambridge U.K., Cambridge University Press.

Hsu Elizabeth (2002). "The medicine from China has rapid effects: Chinese medicine patients in Tanzania", *in* Hsu et Høg eds., « Countervailing Creativity: Patient Agency in the Globalisation of Asian Medicines ». *Anthropology and Medicine*, vol. 9, n° 3 : 291-314.

Jaffré Yannick et Olivier de Sardan Jean-Pierre eds. (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.* Paris, Karthala.

Levi-Strauss Claude (1958). *Anthropologie structurale.* Paris, Plon : 205-226.

42. La production des médicaments issus des pharmacopées traditionnelles, plus généralement la commercialisation des produits pharmaceutiques semblent aujourd'hui constituer un enjeu important au Mali. La diffusion de la médecine chinoise impose de nouveaux cadres à ces activités, qui s'avèrent apparemment plus rentables que l'exercice de la médecine. La reconversion de nombreux thérapeutes chinois installés au Mali en témoigne.

Marié Eric (2011). « Transmission et pratique de la médecine chinoise ». *Perspectives chinoises*, n°3 : 4-12.

Micollier Evelyne (2011). « Un savoir thérapeutique hybride et mobile ». Éclairage sur la recherche médicale en médecine chinoise en Chine aujourd'hui. *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol.5, n°1 : 41-70.

Monteillet Nicolas (2012). « L'africanisation de la médecine chinoise à Yaoundé » in Lado Ludovic ed. *Le pluralisme médical en Afrique, hommage à Eric de Rosny*. Paris – Yaoundé, Karthala - PUCAC : 223-240.

Obringer Frédéric (2011). « La médecine chinoise et la tentation du patrimoine ». *Perspectives chinoises*, 3 : 14-23.

Olivier de Sardan Jean-Pierre (1994). « La logique de la nomination. Représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger ». *Sciences Sociales et Santé*, Vol. XII, n°3 : 15-45.

Pina-Guérassimoff Carine (2006). « Le renouvellement des perspectives transnationales de la Chine ». *Critiques internationales*, 3, n°32 : 39-52.

Pordié Laurent et Simon Eric eds. (2013). *Les nouveaux guérisseurs. Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*. Paris, Éditions de l'EHESS : 241-262.

Scheid Volker (2002). *Contemporary Chinese Medicine, Plurality and Synthesis*. Durham, Duke University Press.

Sindzingre Nicole (1984). « La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senufo » in Augé Marc et Herzlich Claudine eds. *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, EAC : 93-122.

Talor Kim (2005). *Chinese medicine in early communist China, 1945-1963. A medicine of revolution*. Londres, New York, Routledge Curzon.

Wassouni François (2012). « La médecine chinoise au Cameroun » in Lado Ludovic ed. *Le pluralisme médical en Afrique, hommage à Eric de Rosny*. Paris - Yaoundé, Karthala - PUCAC : 199-222.

Working Papers : la liste

Hervé Le Bras, Jean-Luc Racine & Michel Wieviorka, *National Debates on Race Statistics: towards an International Comparison*, FMSH-WP-2012-01, février 2012.

Manuel Castells, *Ni dieu ni maître : les réseaux*, FMSH-WP-2012-02, février 2012.

François Jullien, *L'écart et l'entre. Ou comment penser l'altérité*, FMSH-WP-2012-03, février 2012.

Itamar Rabinovich, *The Web of Relationship*, FMSH-WP-2012-04, février 2012.

Bruno Maggi, *Interpréter l'agir : un défi théorique*, FMSH-WP-2012-05, février 2012.

Pierre Salama, *Chine – Brésil : industrialisation et « désindustrialisation précoce »*, FMSH-WP-2012-06, mars 2012.

Guilhem Fabre & Stéphane Grumbach, *The World upside down,China's R&D and innovation strategy*, FMSH-WP-2012-07, avril 2012.

Joy Y. Zhang, *The De-nationalization and Re-nationalization of the Life Sciences in China: A Cosmopolitan Practicality?*, FMSH-WP-2012-08, avril 2012.

John P. Sullivan, *From Drug Wars to Criminal Insurgency: Mexican Cartels, Criminal Enclaves and Criminal Insurgency in Mexico and Central America. Implications for Global Security*, FMSH-WP-2012-09, avril 2012.

Marc Fleurbaey, *Economics is not what you think: A defense of the economic approach to taxation*, FMSH-WP-2012-10, may 2012.

Marc Fleurbaey, *The Facets of Exploitation*, FMSH-WP-2012-11, may 2012.

Jacques Sapir, *Pour l'Euro, l'heure du bilan a sonné : Quinze leçons et six conclusions*, FMSH-WP-2012-12, juin 2012.

Rodolphe De Koninck & Jean-François Rousseau, *Pourquoi et jusqu'où la fuite en avant des agricultures sud-est asiatiques ?*, FMSH-WP-2012-13, juin 2012.

Jacques Sapir, *Inflation monétaire ou inflation structurelle ? Un modèle hétérodoxe bi-sectoriel*, FMSH-WP-2012-14, juin 2012.

Franson Manjali, *The 'Social' and the 'Cognitive' in Language. A Reading of Saussure, and Beyond*, FMSH-WP-2012-15, july 2012.

Michel Wieviorka, *Du concept de sujet à celui de subjectivation/dé-subjectivation*, FMSH-WP-2012-16, juillet 2012.

Nancy Fraser, *Feminism, Capitalism, and the Cunning of History: An Introduction*, FMSH-WP-2012-17 august 2012.

Nancy Fraser, *Can society be commodities all the way down? Polanyian reflections on capitalist crisis*, FMSH-WP-2012-18, august 2012.

Marc Fleurbaey & Stéphane Zuber, *Climate policies deserve a negative discount rate*, FMSH-WP-2012-19, september 2012.

Roger Waldinger, *La politique au-delà des frontières : la sociologie politique de l'émigration*, FMSH-WP-2012-20, septembre 2012.

Antonio De Lauri, *Inaccessible Normative Pluralism and Human Rights in Afghanistan*, FMSH-WP-2012-21, september 2012.

Dominique Méda, *Redéfinir le progrès à la lumière de la crise écologique*, FMSH-WP-2012-22, octobre 2012.

Ibrahima Thioub, *Stigmates et mémoires de l'esclavage en Afrique de l'Ouest : le sang et la couleur de peau comme lignes de fracture*, FMSH-WP-2012-23, octobre 2012.

Danièle Joly, *Race, ethnicity and religion: social actors and policies*, FMSH-WP-2012-24, novembre 2012.

Dominique Méda, *Redefining Progress in Light of the Ecological Crisis*, FMSH-WP-2012-25, décembre 2012.

Ulrich Beck & Daniel Levy, *Cosmopolitanized Nations: Reimagining Collectivity in World Risk Society*, FMSH-WP-2013-26, february 2013.

Xavier Richet, *L'internationalisation des firmes chinoises : croissance, motivations, stratégies*, FMSH-WP-2013-27, février 2013.

Alain Naze, *Le féminisme critique de Pasolini, avec un commentaire de Stefania Tarantino*, FMSH-WP-2013-28, février 2013.

Thalia Magioglou, *What is the role of "Culture" for conceptualization in Political Psychology? Presentation of a dialogical model of lay thinking in two cultural contexts*, FMSH-WP-2013-29, mars 2013.

Byasdeb Dasgupta, *Some Aspects of External Dimensions of Indian Economy in the Age of Globalisation*, FMSH-WP-2013-30, april 2013.

Ulrich Beck, *Risk, class, crisis, hazards and cosmopolitan solidarity/risk community – conceptual and methodological clarifications*, FMSH-WP-2013-31, april 2013.

Immanuel Wallerstein, *Tout se transforme. Vraiment tout ?*, FMSH-WP-2013-32, mai 2013.

Christian Walter, *Les origines du modèle de marche au hasard en finance*, FMSH-WP-2013-33, juin 2013.

Byasdeb Dasgupta, *Financialization, Labour Market Flexibility, Global Crisis and New Imperialism – A Marxist Perspective*, FMSH-WP-2013-34, juin 2013.

Kiyomitsu Yui, *Climate Change in Visual Communication: From 'This is*

Not a Pipe' to 'This is Not Fukushima', FMSH-WP-2013-35, juin 2013.

Gilles Lhuilier, *Minerais de guerre. Une nouvelle théorie de la mondialisation du droit*, FMSH-WP-2013-36, juillet 2013.

David Tyfield, *The Coal Renaissance and Cosmopolitized Low-Carbon Societies*, FMSH-WP-2013-37, juillet 2013.

Lotte Pelckmans, *Moving Memories of Slavery: how hierarchies travel among West African Migrants in Urban Contexts (Bamako, Paris)*, FMSH-WP-2013-38, juillet 2013.

Amy Dahan, *Historic Overview of Climate Framing,* FMSH-WP-2013-39, août 2013.

Rosa Rius Gatell & Stefania Tarantino, *Philosophie et genre: Réflexions et questions sur la production philosophique féminine en Europe du Sud au XXe siècle (Espagne, Italie)*, FMSH-WP-2013-40, août 2013.

Angela Axworthy *The ontological status of geometrical objects in the commentary on the Elements of Euclid of Jacques Peletier du Mans (1517-1582)*, FMSH-WP-2013-41, août 2013.

Pierre Salama, *Les économies émergentes, le plongeon ?*, FMSH-WP-2013-42, août 2013.

Alexis Nuselovici (Nouss), *L'exil comme expérience*, FMSH-WP-2013-43, septembre 2013.

Alexis Nuselovici (Nouss), *Exiliance : condition et conscience*, FMSH-WP-2013-44, septembre 2013.

Alexis Nuselovici (Nouss), *Exil et post-exil*, FMSH-WP-2013-45, septembre 2013.

Alexandra Galitzine-Loumpet, *Pour une typologie des objets de l'exil*, FMSH-WP-2013-46, septembre 2013.

Hosham Dawod, *Les réactions irakiennes à la crise syrienne,* FMSH-WP-2013-47, septembre 2013.

Gianluca Manzo, *Understanding the Marriage Effect: Changes in Criminal Offending Around the Time of Marriage*, FMSH-WP-2013-48, GeWoP-1, octobre 2013.

Torkild Hovde Lyngstad & Torbjørn Skarðhamar, *Understanding the Marriage Effect: Changes in Criminal Offending Around the Time of Marriage*, FMSH-WP-2013-49, GeWoP-2, octobre 2013.

Gunn Elisabeth Birkelund & Yannick Lemel, *Lifestyles and Social Stratification: An Explorative Study of France and Norway*, FMSH-WP-2013-50, GeWoP-3, octobre 2013.

Franck Varenne, *Chains of Reference in Computer Simulations*, FMSH-WP-2013-51, GeWoP-4, october 2013.

Olivier Galland & Yannick Lemel, avec la collaboration d'Alexandra Frenod, *Comment expliquer la perception des inégalités en France ?,* FMSH-WP-2013-52, GeWoP-5, october 2013.

Guilhem Fabre, *The Lion's share : What's behind China's economic slowdown,* FMSH-WP-2013-53, october 2013.

Venni V. Krishna, *Changing Social Relations between Science and Society: Contemporary Challenges,* FMSH-WP-2013-54, november 2013.

Isabelle Huault & Hélène Rainelli-Weiss, *Is transparency a value on OTC markets? Using displacement to escape categorization,* FMSH-WP-2014-55, january 2014.

Dominique Somda, *Une humble aura. Les grandes femmes au sud de Madagascar,* FMSH-WP-2014-56, january 2014.

Débora González Martínez, *Sur la translatio de miracles de la Vierge au Moyen Âge. Quelques notes sur les Cantigas de Santa Maria,* FMSH-WP-2014-57, janvier 2014.

Pradeep Kumar Misra, *The State of Teacher Education in France: A Critique,* FMSH-WP-2014-57, january 2014.

Naeem Ahmed, *Pakistan's Counter-terrorism strategy and its Implications for domestic, regional and international security,* FMSH-WP-2014-59, january 2014.

Anatole Fogou, *Histoire, conscience historique et devenir de l'Afrique : revisiter l'historiographie diopienne,* FMSH-WP-2014-60, january 2014.

Pierre Salama, *Les classes moyennes peuvent-elles dynamiser la croissance du PIB dans les économies émergentes?*, FMSH-WP-2014-61, février 2014.

Marta Craveri & Anne-Marie Losonczy, *Growing up in the Gulag: later accounts of deportation to the USSR*, FMSH-WP-2014-62, february 2014.

Philippe Steiner, *The Organizational Gift and Sociological Approaches to Exchange*, FMSH-WP-2014-63, GeWoP-6, february 2014.

Françoise Bourdarias, Jean-Pierre Dozon & Frédéric Obringer, *La médecine chinoise au Mali. Les économies d'un patrimoine culturel*, FMSH-WP-2014-64, février 2014.

Position Papers : la liste

Jean-François Sabouret, *Mars 2012 : Un an après Fukushima, le Japon entre catastrophes et résilience*, FMSH-PP-2012-01, mars 2012.

Ajay K. Mehra, *Public Security and the Indian State*, FMSH-PP-2012-02, mars 2012.

Timm Beichelt, *La nouvelle politique européenne de l'Allemagne : L'émergence de modèles de légitimité en concurrence ?*, FMSH-PP-2012-03, mars 2012.

Antonio Sérgio Alfredo Guimarães, *Race, colour, and skin colour in Brazil*, FMSH-PP-2012-04, july 2012.

Mitchell Cohen, *Verdi, Wagner, and Politics in Opera. Bicentennial Ruminations*, FMSH-PP-2012-05, may 2013.

Ingrid Brena, *Les soins médicaux portés aux patients âgés incapables de s'autogérer,* FMSH-PP-2013-06, avril 2013.

Samadia Sadouni, *Cosmopolitisme et prédication islamique transfrontalière : le cas de Maulana Abdul Aleem Siddiqui,* FMSH-PP-2013-08, septembre 2013.

Alexis Nuselovici (Nouss), *Étudier l'exil,* FMSH-PP-2013-09, septembre 2013.